



РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ  
ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕЙСТВИЯ ЗАЩИТЕ ПРАВ  
ДЕТЕЙ  
«ПРАВО РЕБЕНКА»

СИРОТЫ. НАСИЛИЕ В СЕМЬЕ. БЕЗДОМНЫЕ ДЕТИ. ДЕТИ-ИНВАЛИДЫ. ДЕТИ-ЗАКЛЮЧЕННЫЕ



*Ambassade van het*

**Koninkrijk der Nederlanden**

# **Новые подходы в организации деятельности органов опеки и попечительства для решения проблем детства и семьи**

**Сборник материалов  
международной научно-практической конференции**

Смоленск  
2009

# **ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ**

**Косенкова Т.В., Маринич В.В., Гомбалеvская М.С., Елисеева И.Н.,  
Островская О.Ю., Сулимова Н.В.**

*НОУ ВПО «Смоленский гуманитарный университет», Смоленск, Россия.*

*СОГУ «Смоленский социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Феникс», Смоленск, Россия*

*СОГОУ «Центр психолого-медико-социального сопровождения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи», Смоленск, Россия*

В последнее время отмечается увеличение количества детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), что определяет направления исследования специалистов в области медицины, психологии и педагогики. Запоздывание процессов созревания высших психических функций, специфические трудности обучения и планирования организации сложных видов деятельности, слабая психоэмоциональная устойчивость ребенка при неудачах, низкая самооценка, упрямство, лживость, вспыльчивость, агрессивность, неуверенность в себе и проблемы в коммуникативных отношениях – основные проявления данной патологии в детском возрасте.

Незрелость двигательных и психических функций в раннем детстве к периоду полового созревания перерастает в нарушения адаптационных механизмов, что может стать одной из причин девиантного и делинквентного поведения подростков и проявляться отрицанием авторитетов, незрелым и безответственным поведением, нарушением семейных и общественных правил, неумением поддерживать определенную поведенческую реакцию на протяжении длительного времени с формированием трудно исправляемой агрессивной модели защитного поведения и ранним развитием тяги к алкоголю и наркотическим веществам.

Неадекватность поведения, социальная дезадаптация, личностные расстройства могут стать причиной неудач и во взрослой жизни. Гиперактивные люди суетливы, нетерпеливы, непоследовательны, импульсивны, вспыльчивы. Трудность планирования, концентрации внимания на предмете деятельности при высокой неорганизованности и

неустойчивости настроения мешают в продвижении по службе и в устройстве семейной жизни.

В связи с этим данная патология представляет серьезную медико-социальную и психологическую проблему.

Этиология и патогенез синдрома дефицита внимания и гиперактивности окончательно не выяснены, несмотря на большое количество исследований, однако на современном этапе доминирующими считаются три группы факторов: генетические факторы (57%), повреждение центральной нервной системы во время беременности и родов (84%), социальные (негативное воздействие внутрисемейных и внесемейных факторов – 63%) .

Большинство исследователей отмечают три основных блока проявления СДВГ: гиперактивность, нарушения внимания и импульсивность (Ю. С. Шевченко, Н. Н. Заваденко и др.).

**Гиперактивность** проявляется избыточной двигательной активностью с нарушением координации, несформированностью мелкой моторики и праксиса, беспокойством, многочисленными посторонними движениями, чрезмерной болтливостью, неспособностью усидеть на одном месте, снижением продолжительности сна.

**Нарушения внимания** проявляются в трудностях его удержания, в снижении избирательности и выраженной отвлекаемости с частыми переключениями с одного занятия на другое. Это сопровождается непоследовательностью в поведении, забывчивостью, неумением слушать и сосредоточиться, частой потерей личных вещей.

Дети стараются избежать заданий, требующих длительных умственных усилий. Однако показатели внимания таких детей подвержены существенным колебаниям. Если деятельность ребенка связана с заинтересованностью, увлеченностью и удовольствием, то они способны удерживать внимание часами.

**Импульсивность** выражается в неумении регулировать свои действия, подчиняться правилам и ждать. Дети эмоционально лабильны, часто повышают голос, перебивают других.

К подростковому возрасту повышенная двигательная активность в большинстве случаев исчезает, а импульсивность и дефицит внимания сохраняются.

Анализ возрастной динамики СДВГ показал два всплеска проявления синдрома, что обусловлено динамикой развития высшей нервной деятельности и отражает критические периоды формирования систем мозга, отвечающих за мыслительную деятельность, внимание, память.

Первый отмечается в 5-10 лет и приходится на период подготовки к школе и начало обучения, когда происходит смена стадий интеллектуального развития, формируются условия для становления абстрактного мышления и произвольной регуляции деятельности. Второй - 12-15 лет - совпадает с периодом полового созревания, при котором гормональные перестройки в организме ребенка отражаются на особенностях его поведения и отношения

к учебе.

Среди мальчиков 7-10 лет признаки синдрома диагностируются в 2-3 раза чаще, чем среди девочек. В подростковом возрасте это соотношение составляет 1:1, а среди 20-25-летних - 1:2 с преобладанием девушек. При этом у девочек более выражены социальная дезадаптация, учебные трудности, личностные расстройства.

Более частая встречаемость синдрома у мальчиков обусловлена высокой уязвимостью плода мужского пола к различным воздействиям во время беременности и родов. У девочек полушария головного мозга менее специализированы из-за большего количества межполушарных связей, поэтому они имеют больший резерв компенсаторных механизмов по сравнению с мальчиками при поражении центральной нервной системы [ ].

**Материалы и методы исследования.** Всего обследовано 70 детей в возрасте 6-7-ми лет. Основную группу составили 36 детей из социально неблагополучных семей. Группу сравнения - 34 ребенка из социально благополучных семей.

**Методы исследования:**

1. Оценка социального анамнеза.
2. Наблюдение.
3. Беседа с воспитателями и детьми.
4. Методы изучения последствий перинатального поражения центральной нервной системы (Тест Тулуз-Пьерона).
5. Методы изучения личностных особенностей ребенка (проективный тест «Рисунок человека»).
6. Методы изучения эмоционального состояния ребенка (тест М. Люшера).
7. Математические методы обработки результатов с использованием программы Statistika 6.0. (составление таблиц сопряженности признаков, корреляционный анализ).

**Результаты и их обсуждение.**

При проведении исследования с помощью теста Тулуз-Пьерона (компьютерная обработка данных в системе Statistika, таблицы сопряженности признаков: тип ММД и пол) было установлено, что у детей основной группы последствия перинатального поражения центральной нервной системы в виде малой мозговой дисфункции (ММД) встречаются в 3 раза чаще, чем в группе сравнения и составили 80,6% по отношению к 23,5% (рис.1).

При этом основной группе из 29 детей с последствиями перинатального поражения ЦНС в виде ММД наиболее часто встречались следующие типы профилей:

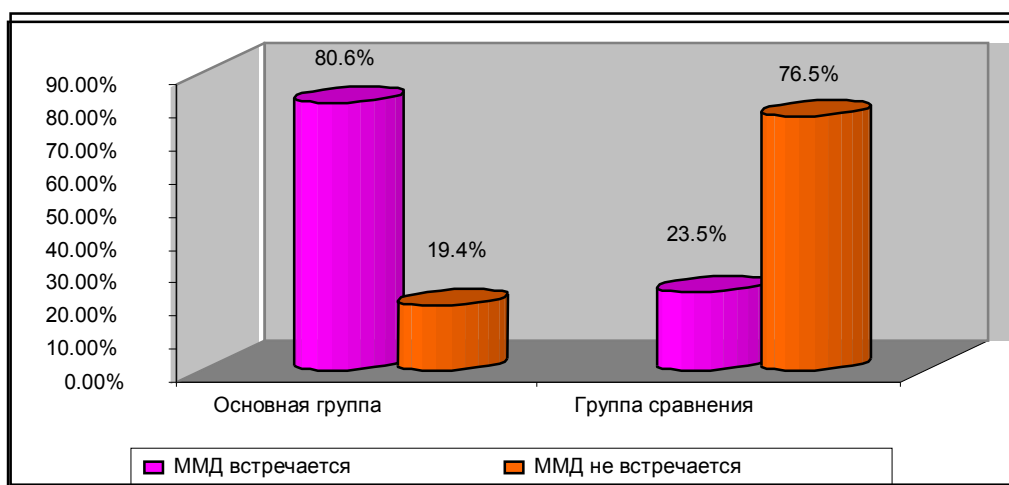


Рис. 1. Частота встречаемости ММД у обследованных детей 6-7-ми лет

1. Реактивный тип - 20 детей (69%), из них мальчиков – 12, девочек – 8. При этом синдром дефицита внимания и гиперактивности регистрировался у всех детей с данным типом профиля (100%).

2. Субнормальный тип - 6 детей (21%), из них мальчиков - 4, девочек – 2. У детей с данным типом профиля синдром дефицита внимания и гиперактивности встречается только у одного ребенка (17%).

3. Ригидный тип - 3 ребенка (10%), из них мальчиков – 2, девочек – 1. У детей с данным типом профиля не выявлено ни одного случая СДВиГ.

При анализе аналогичных показателей в группе сравнения было установлено, что среди детей с последствиями перинатального поражения ЦНС в виде ММД реактивный тип также являлся преобладающим и встречался у 21 ребенка (62%), из них мальчиков – 12, девочек – 9. При этом, среди детей с реактивным типом ММД синдром дефицита внимания и гиперактивности также встречался у всех обследованных респондентов (21 ребенок - 100%).

Субнормальный тип ММД имели 13 детей (37,5%) группы сравнения, среди которых не выявлено ни одного случая СДВиГ. Респондентов с ригидным типом ММД в группе сравнения не было.

Как показали проведенные исследования, в основной группе и в группе сравнения при наличии последствий перинатального поражения центральной нервной системы наиболее часто встречался реактивный тип ММД (основная группа – 69%; группа сравнения – 62.5%), который в 100% случаев сочетался с синдромом дефицита внимания и гиперактивности. Дети с данной патологией характеризовались двигательной расторможенностью, вынужденной, неуправляемой реактивностью, сочетающейся с повышенной возбудимостью, отсутствием контроля за выполняемой деятельностью, бурными эмоциональными реакциями с неглубокими внутренними переживаниями.

Изучение эмоциональной сферы у детей с реактивным типом ММД и СДВиГ позволило установить, что у обследованных основной группы и группы сравнения эмоциональное состояние, в целом, неудовлетворительное, при этом, у 40% респондентов было плохое эмоциональное состояние, сопровождавшееся высоким уровнем нервно-психического неблагополучия, быстрой утомляемостью, эмоциональной нестабильностью, чрезмерной активностью, возбуждением, преобладанием негативных переживаний. У половины детей преобладало весьма плохое эмоциональное состояние с очень высоким уровнем нервно-психического неблагополучия, наличием устойчивой невротизации личности, перевозбуждением, высокой суетливостью, зажатостью. Скорее плохое эмоциональное состояние в основной группе встречалось лишь в 10% случаев. Удовлетворительное и скорее хорошее эмоциональное состояние в основной группе не встречалось (табл. 1).

В группе сравнения при сочетании последствий перинатального поражения ЦНС и ММД (реактивный тип) встречалось в основном скорее плохое (80%) и плохое (20%) эмоциональное состояние, в то время в основной группе при сочетании аналогичных факторов преобладало весьма плохое (50%) и плохое (40%) эмоциональное состояние. В группе сравнения у детей без последствий перинатального поражения центральной нервной системы и СДВиГ эмоциональное состояние характеризовалось как удовлетворительное (73,1%), которое характеризуется повышенной активностью, энергичностью, стремлением получать информацию из окружения и скорее хорошее (26,9%), которое свидетельствует о несколько повышенном уровне нервно-психического благополучия, общительности, восприимчивости ко всему новому, стремлении расширять кругозор, желании быть в центре внимания (табл. 1).

Таблица 1

#### Особенности эмоционального состояния обследованных детей

Эмоциональное состояние обследованных детей	Основная группа ММД+ СДВиГ	Группа сравнения	
		ММД+ СДВиГ	Без ММД и СДВиГ
Весьма плохое - свидетельствует об очень высоком уровне нервно-психического неблагополучия обследуемого, наличии устойчивой невротизации личности, перевозбуждении, излишне высокой активированности, суетливости, лихорадочности, зажатости.	50%		
Плохое - свидетельствует о высоком уровне нервно-психического неблагополучия, быстрой утомляемости, эмоциональной нестабильности, чрезмерной активности, возбуждении, преобладании негативных переживаний.	40%	20%	

Скорее плохое - свидетельствует о несколько повышенном уровне нервно-психического неблагополучия обследуемого: повышенной утомляемости, неуравновешенности, наличии негативных эмоциональных переживаний.	10%	80%	
Удовлетворительное - характеризуется повышенной активностью, энергичностью, стремлением получать информацию из окружения			73,1%
Скорее хорошее - свидетельствует о несколько повышенном уровне нервно-психического благополучия, общительности, восприимчивости ко всему новому, стремлении расширять кругозор, желании быть в центре внимания			26,9%

Таким образом, последствия перинатального поражения ЦНС способствует формированию синдрома дефицита внимания и гиперактивности, так как при реактивном типе ММД синдром дефицита внимания и гиперактивности встречается у всех обследованных детей. Эмоциональное состояние респондентов с последствиями перинатального поражения нервной системы в виде реактивного типа ММД было весьма плохим или плохим.

При изучении личностных особенностей с помощью проективного теста «Рисунок человека» было установлено, что у детей основной группы преобладают такие личностные особенности как: импульсивность (20%), негативизм (13%), агрессивность (11%), асоциальные тенденции (10%), тревожность (9%), гиперактивность (8%), враждебность (7%), нарушения общения (6%), потребность в опоре (6%), а также недостаточная социальная адаптированность (5%), слабая бытовая ориентация (3%) и эмоциональная напряженность (2%).

У детей из группы сравнения с перинатальным поражением ЦНС в виде ММД с СДВиГ из социально-благополучных семей наиболее часто встречалась демонстративность, в то время как импульсивность отмечена лишь у 20% обследуемых. Тревожность в группе сравнения встречалась у 15%, что в 1,7 раза чаще, чем в основной группе. При этом важно отметить, что враждебность, агрессивность, асоциальность и эмоциональная напряженность у респондентов группы сравнения не встречались. Это позволяет предположить, что данные личностные особенности формируются под влияние социальной среды, в которой находится ребенок в первые годы своей жизни. Негативизм в группе сравнения встречался только в 5% случаев, что в 2,6 раза реже, чем в основной группе. Кроме того, для респондентов группы сравнения были характерны такие личностные особенности как экстравертированность, тенденция к завышению самооценки и напряженность в контактах, которые в основной группе не встречались. Это также подтверждает положение о том, что благоприятные микросоциальные условия могут способствовать формированию экстравертированности и завышенной самооценки.

В группе сравнения среди детей с отсутствием перинатального поражения ЦНС в виде ММД и СДВиГ преобладали такие особенности как потребность получать информацию из окружения (35%), общительность (20%), высокая активность (15%), демонстративность (10%), экстравертированность (10%), склонность к широким, но формальным контактам (5%), развитое воображение (5%). Следовательно, при отсутствии перинатального поражения ЦНС у ребенка не формируются такие личностные качества как импульсивность, негативизм, тревожность, гиперактивность.

Проведение корреляционного анализа позволило установить, что между последствиями перинатального поражения ЦНС в виде реактивного типа ММД с синдромом дефицита внимания и гиперактивности и такими показателями как: импульсивность ( $R=0,89$ ), негативизм ( $R=0,63$ ), тревожность ( $R=0,62$ ), агрессивность ( $R=0,59$ ), гиперактивность ( $R=0,57$ ), асоциальные тенденции ( $R=0,50$ ), нарушения общения ( $R=0,44$ ) и враждебность ( $R=0,44$ ) отмечается высокая прямая корреляция. Следовательно, наиболее характерными личностными особенностями для детей с реактивным типом ММД и СДВиГ являются: импульсивность, негативизм, тревожность, агрессивность, гиперактивность, а также асоциальные тенденции, нарушения общения и враждебность. В то же время, высокая обратная корреляция отмечается между перинатальным поражением ЦНС в виде реактивного типа ММД с синдромом дефицита внимания и гиперактивности и такими показателями как: стремление получать информацию из окружения ( $R=-0,94$ ), общительность ( $R=-0,90$ ), высокая активность ( $R=-0,81$ ), экстравертированность ( $R=-0,73$ ), склонность к широким, но формальным контактам ( $R=-0,58$ ), развитое воображение ( $R=-0,58$ ).

***Таким образом, проведенные исследования позволяют сказать:***

1. Наибольший вклад в формирование последствий перинатального поражения центральной нервной системы в виде малой мозговой дисфункции вносят биологические факторы (особенности течения беременности, родов, постнатального периода).
2. Воздействие неблагоприятных факторов на ребенка во время беременности и родов способствует формированию реактивного типа ММД с синдромом дефицита внимания и гиперактивности.
3. Эмоциональное состояние респондентов с последствиями перинатального поражения ЦНС в виде реактивного типа ММД и СДВиГ было весьма плохим или плохим.
4. Социальные факторы, воздействующие на ребенка в постнатальный период, оказывают влияние на формирование личности и поведение ребенка.
5. Наиболее характерными личностными особенностями для детей с последствиями перинатального поражения ЦНС в виде



реактивного типа ММД из социально-неблагополучных семей являются: импульсивность, негативизм, тревожность, гиперактивность, асоциальные тенденции, нарушения общения и враждебность.

6. При разработке психокоррекционных мероприятий у ребенка с синдромом дефицита внимания и гиперактивности необходимо проводить коррекцию поведения для исключения формирования асоциальности в подростковом возрасте.